

Lekande eller läkande?

Kan man se att Theraplaybehandling hjälper barn utveckla förmågan till självreglering –
en deskriptiv studie av tre behandlingar

Suzanne Baruch-Jackson

Psyko­te­ra­peut­ut­bil­d­ning­en barn och föräldrainriktning 90 hp
Examensarbete 15 hp
VT 2008

Handledare: Monica Hedenbro, socionom, leg. psykoterapeut, med.dr.

Umeå Universitet
Institutet för klinisk vetenskap
Enheten för psykoterapi

SAMMANFATTNING

Under de senaste årtiondena har förståelsen ökat för att förmågan till självreglering är central för barns utveckling. Den ses som grundläggande för att kunna relatera och kommunicera med andra och också hur vi klarar av den stress och de påfrestningar som livet ibland innebär.

Syftet med den här uppsatsen har varit att försöka förstå om, och i så fall hur, man kan koppla förändringar av förmågan till självreglering hos barn till interventioner under en Theraplaybaserad behandling och om förändringarna är märkbara i vardagen.

Undersökningen är gjord i tre delar. I den första har jag följt tre behandlingar genom film under de första fem respektive sex sessionerna och i den andra delen har jag intervjuat behandlarna. Fokus har legat på om man kan se att barnets förmåga till självreglering ökar och vad behandlaren gör som åstadkommer detta. Den tredje delen består av enkäter som föräldrarna fått fylla i före behandlingens början och sedan efter fem respektive sex behandlingssessioner. Detta för att jag ska få en bild av om förändringen är märkbar även utanför behandlingsrummet.

Resultatet visar att det skett förändringar framför allt i barnets förmåga till känslomässig reglering och i förmåga att relatera. Den förändring som är mest påtaglig är att förmågan till ögonkontakt har ökat för alla tre barnen både med behandlaren i rummet och med föräldrarna hemma.

TILLKÄNNAGIVANDE

Tack till min handledare för hennes uppmuntran och skicklighet i att tolka det som vi sett på filmerna.

Tack också till mina nära och kära som stått ut med min upptagenhet, hjälpt mig med idéer och rättat mina grövsta språkfel.

Och ett speciellt tack till de behandlare och de familjer som så generöst låtit mig få komma in i behandlingsrummet. Det har inte bara varit en hjälp i uppsatsskrivandet utan också en möjlighet att få ta del av erfarna behandlares arbete.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	
THERAPLAY	
Historik	2
Behandlingsupplägg	3
REGLERINGSFÖRMÅGA	
Definitioner	4
Teoretiska utgångspunkter	5
Regleringsstörning	10
Theraplaybehandling och reglering	11
SYFTE	12
METOD	12
Analys	12
Urval	13
Etiska övervägande	13
RESULTAT	
<i>Lisa</i>	
Enkät innan behandling	14
Intervju med behandlare	14
Processbeskrivning	15
Enkät efter behandling	16
<i>Kalle</i>	
Enkät innan behandling	17
Intervju behandlare	17
Processbeskrivning	18
Enkät efter behandling	19
<i>Markus</i>	
Enkät innan behandling	19
Intervju med behandlare	19
Processbeskrivning	20
Enkät efter behandling	22
RESULTATDISKUSSION	22
SLUTDISKUSSION	25
BILAGA 1: Introduktionsbrev	
BILAGA 2: Kontrakt	
BILAGA 3: Enkät	

INLEDNING

I mitt arbete i barnpsykiatri möter jag åtskilliga familjer och barn där det finns frågeställningar kring barnets förmåga till självreglering: barn som beskrivs som hyperaktiva eller passiva, barn som är impulsiva och med svårigheter med koncentration och uppmärksamhet. Relationerna i familjen är ofta påfrestade, vardagen präglas av ständiga kamper och konflikter och föräldrarna beskriver en situation där alla känner sig otillräckliga och maktlösa.

Att samspelet och relationen mellan föräldrar och barn är grunden för barnets utveckling ses idag som en självklarhet i det barnpsykiatriska arbetet (Havnesköld & Risholm Mothander 2002, Gerhardt 2007) och det finns starkt stöd i forskningen för detta. Uppdelningen mellan känslomässiga erfarenheter och fysiologiska förutsättningar börjar ifrågasättas och istället betonas vikten av en förståelse för helheten och relationerna för att kunna hjälpa de föräldrar och barn som söker hjälp.

Så hur kan man göra det? Vilka sätt finns att ”reparera” de brister som, av olika skäl, uppstått tidigt i barnets utveckling och i relationen mellan föräldrar och barn?

En av de metoder som kommit till Sverige under senare år heter Theraplay. Det är en intensiv samspelsbehandlingsmetod där man som behandlare aktivt går in och försöker påverka barnets förmåga till samspel, relation och reglering. Metoden kommer från USA där den funnits sedan 1960-talet. Till Sverige kom den under 1990-talet. Theraplay utvecklades genom det praktiska arbetet med barn i behov av känslomässigt stöd och byggde på det man såg som naturligt föräldra-barnsamspel. Man har under senare år kunnat koppla behandlingsmetoden till nyare utvecklingspsykologiska teorier.

Trots att Theraplay har funnits sedan 1960-talet är det främst under de senaste 10 åren som man har börjat forska på metoden. Viss forskning finns som visar positiva resultat och en del större projekt pågår f.n. Men de studier som gjorts är främst skattningar och intervjuer med vuxna; föräldrar och lärare. Få försök har gjorts att försöka se och förstå vad det är som skapar förändring hos barnet.

Utifrån de nya moderna anknytnings- och utvecklingsteorierna verkar Theraplay vara, som Jukka Mäkälä uttrycker det, ”skräddarsydd för att ge korrigerande erfarenheter av fysisk samreglering genom det omfattande användandet av beröring, ögonkontakt och ’parentese’, det lugnande och stimulerande sättet att prata på under aktiviteterna” (2003). *

I den här uppsatsen försöker jag se om man genom att följa Theraplaybaserade behandlingar kan märka att barnets förmåga till självreglering ökar. Jag studerar också om man kan förstå vad det är terapeuten gör som leder till den förändringen och om den är märkbar även i barnets vardag.

* Alla citat från engelska är självöversatta

BAKGRUND

THERAPLAY

Theraplay är en intensiv samspelsbehandlingsmetod med syfte att stärka anknytningen mellan barn och föräldrar. Metoden fokuserar på relation och känslomässig intoning. Fysisk närhet och omsorg är viktiga delar, liksom lekfullhet och vitalitet.

Det som främst skiljer Theraplay från annan samspelsbehandling är att man, som terapeut, själv interagerar med barnet. Man försöker hitta alla möjligheter till kontakt och relation, vilket med vissa barn kan innebära att det är nödvändigt att man närmar sig barnet trots att det signalerar att det vill vara ifred. Behandlaren är aktiv och för in lekmoment som direkt syftar till att påverka barnet. Föräldrarna är först delaktiga som åskådare, sedan som deltagare – tanken är att detta ska möjliggöra för familjen att ta med sig erfarenheterna hem.

Historik

Psykolog Ann Jernberg fick av den amerikanska regeringen under 1960-talet i uppdrag att identifiera förskolebarn som var i behov av psykologiskt stöd. Hon och hennes team hittade flera hundra barn och insåg att det inte fanns tillräckligt med resurser. Man utvecklade då en metod som bygger på ”det goda samspelet” och ”den goda leken” som finns i ”vanligt” föräldra-barnsamspel. Man utgick ifrån att barn har en strävan efter att vara i relation. Man inspirerades av Austin Des Laurier och Viola Brody: ”Från Des Lauriers tog man idéer kring att aktivt engagera barnet med fokus på relationen här och nu. Från Brody använde man sig av den omhändertagande relationen mellan barn och terapeut som inkluderar beröring, vaggande och sjungande” (www.theraplay.org 080127).

Metoden har utvecklats från det praktiska arbetet med barnen till en metod med teoretisk förankring och med fokus på relationen mellan föräldrar och barn. Man har kunnat koppla behandlingen till teorier kring barns utveckling; modern anknytningsteori, självpsykologi och teorier kring hur samspelet påverkar hjärnans utveckling. Phyllis Booths skriver att ”som ett resultat så lägger vi större vikt vid delar som affektintoning och affektreglering – aspekter av det hälsosamma samspelet mellan mammor och barn som forskningen nu säger oss är avgörande för utvecklingen av trygg anknytning” (Booth 2005). Det handlar inte bara om att leka med barnen och ge dem nya erfarenheter utan att också ge ”den grundläggande intoningen som leder till en äkta känsla av att vara i samklang med någon och att vara förstådd” (Booth 2005).

1971 grundades The Theraplay Institute och under 80-talet spreds metoden i USA, Australien, Sydafrika, Asien och Europa. Första utbildningen i Sverige gavs vid Umeå Universitet 2003 och efter det har ytterligare två utbildningar genomförts. Det finns idag terapeuter som arbetar med Theraplay bl.a. på barnpsykiatriska mottagningar i Eskilstuna, Stockholm och Umeå.

Målgruppen för Theraplaybehandling är familjer där det finns brister i anknytning och/eller samspel. Ofta finns frågeställningar om barnet har svårigheter inom t.ex. autismspektrat eller med

förmågan att reglera beteenden och känslor. Man arbetar också med adoptiv- och familjehemsplacerade barn där anknytningen påverkats av separationer. Bristerna har ofta uppstått tidigt och man behöver försöka ”reparera” genom att möta barnet på dess känslomässiga nivå, d.v.s. som man möter ett barn under de första två åren.

Behandlingsupplägg

Inför en Theraplaybehandling gör man alltid en bedömning av relationen mellan föräldrar och barn med Marschak Interaction Method (MIM). Det är en strukturerad samspelsbedömning där föräldrar och barn får genomföra enkla lekaktiviteter som spelas in på video. Filmen analyseras sedan utifrån Theraplays fyra dimensioner – Struktur, Omsorg, Engagemang och Utmaning (dessa beskrivs nedan). Man iakttar föräldern och barnet och det som händer dem emellan. Därefter gör man en återlämning till föräldrarna, där man tillsammans med föräldrarna funderar kring hur samspelet ser ut och vilka behandlingsalternativ som är möjliga.

I en behandling med Theraplay arbetar oftast två behandlare, en barnterapeut och en föräldraterapeut. Man inleder behandlingen med att barnterapeuten arbetar enskilt med barnet medan föräldrarna sitter i ett angränsande rum och tittar på tillsammans med föräldraterapeuten. Med spädbarn och koltbarn, eller barn som nyligen kommit till sin familj, arbetar man med föräldrar och barn tillsammans från början.

En Theraplaysession varar ca 30 minuter och består av 7-10 olika lekmoment som planeras efter barnets behov och som grundar sig på Theraplays fyra dimensioner. Sessionen inleds ofta med en form av check-up, en Omsorgsaktivitet där behandlaren uppmärksammar ”hela” barnet, tittar på kroppsdelar och deras funktion, t.ex. starka ben, och tar också hand om småsår och andra blessyrer. Syftet är att förstärka barnets känsla av att vara speciell och värd omsorg utan att behöva be om det.

Under sessionen pendlar man sedan mellan aktiviteter från de olika dimensionerna. En aktivitet under dimensionen Utmaning är t.ex. att barnet slår sönder tidningssidor. Tanken bakom är att hjälpa barnet att känna sig mer kompetent genom att våga pröva på något nytt som är lagom svårt. Från dimensionen Struktur är ett exempel på aktivitet att bygga handtorn. Leken kan utvecklas genom att den t.ex. varieras i tempo. Syftet med aktiviteterna är att barnet ska avlastas ansvar och kontroll över interaktionen: Det är den vuxne som ser till att man lyckas. Under dimensionen Engagemang är ett exempel klappramsor där avsikten är att locka barnet att ha roligt tillsammans med någon annan.

Föräldraterapeutens uppgift under sessionerna är att förklara vad det är som händer under behandlingen och att prata om de känslor som kan väckas. Eftersom föräldrarna efter ca fyra gånger ska komma in i rummet och själva interagera med barnet, arbetar föräldraterapeuten också med att förbereda dem för detta. Mellan Theraplaysessionerna har man gemensamma föräldrassamtal då både barn- och föräldraterapeut deltar. Dessa samtal har man ca var 3-4:de vecka utifrån behov.

En Theraplaybehandling består vanligtvis av 12-20 sessioner och anses vara ”en hjälp till självhjälp”. Föräldrarna ska successivt ta över mer av sessionerna på mottagningen och även samtidigt

hitta liknande sätt att möta barnet på hemma. Under sista sessionen har man ett avslutningskalas med fokus på hur barnet har vuxit och utvecklats. Efter detta har man ett antal uppföljningsgångar under ca ett år; första kvartalet en gång per månad, sedan var tredje månad.

REGLERINGSFÖRMÅGA

Definition

Självreglering kan sägas vara förmågan att trösta sig, bibehålla sin förmåga till uppmärksamhet och att på ett smidigt sätt klara övergångar mellan olika känslotillstånd. Daniel Siegel beskriver vikten av den känslomässiga regleringen: "hur vi upplever världen, relaterar till andra och finner en mening med livet är beroende av hur vi reglerar våra känslor" (1999). Förmågan till självreglering grundläggs under barnets två första år. Den är ett resultat både av barnets medfödda personlighet och känslighet och av föräldrarnas förmåga att möta och hjälpa sitt barn.

Barn föds olika, en del är oftast nöjda, äter och sover bra och är lätta att vara förälder till. Andra barn är mer krävande, de är ofta oroliga, missnöjda och kan vara svåra att förstå och att lugna. Det här ställer höga krav på föräldrarnas ork och förmåga att behålla ett känslomässigt lugn. Sue Gerhardt (2007) skriver att uppemot 15 % av spädbarnen hör till gruppen mer krävande, eller högreaktiva, barn. Samtidigt visar forskning att hur föräldern svarar på barnets behov är avgörande för barnets utveckling på så sätt att det "formar det nervsystem som är under utveckling och avgör hur det i framtiden kommer att tolka och svara på stress" (Gerhardt 2007).

Studier av förskolebarn visar att "de barn som har en historia av effektiv dyadisk reglering av arousal och känslor senare visar en god förmåga till självreglering [...] de har bättre självkänsla och tillit till egna förmågan och de är mer flexibla när det gäller att hantera impulser och känslor. De kan vara sprudlande glada när omständigheterna tillåter och kontrollerade när omständigheterna kräver det" (Sroufe 2000).

Regleringsförmåga kan delas in i undergrupper av beteendereglering och affektreglering. Beteendereglering handlar om hur man svarar på det som händer och också om förmågan att kunna vänta, kunna koncentrera sig och hålla kvar uppmärksamhet.

Affektreglering handlar om förmågan att reglera appraisal- och arousalprocesser*, t.ex. att kunna trösta och lugna sig själv, att kunna koppla av och känslighet för beröring och yttre stimuli. I detta innefattas förmåga att hantera känslomässiga tillstånd, att hantera övergångar mellan de olika känslotillstånden och att organisera en respons. Batum och Yagmurlu (2007) visar, liksom tidigare

* Appraisal handlar om värderingen av stimuli; är det något bra eller dåligt, ska jag närma eller försöka värja mig. "Arousal är en neurofysiologisk term för ökning av nervsystemets aktivitet vid väckande retning." (www.ne.se). Under spädbarnets första tid hittar systemen, utifrån erfarenheter och medfödda egenskaper, en lagom nivå som de försöker upprätthålla. När nivåerna av arousal ökar eller minskar kommer systemen försöka återvinna jämvikten. Systemet är komplext; både interna och externa faktorer spelar in såsom tidigare erfarenheter, inre känslomässigt tillstånd, den sociala miljön och förväntningar för framtiden

studier de refererar till, att det finns ett samband; barn som har god förmåga att reglera sina känslor har också lättare att reglera beteendet.

Teoretiska utgångspunkter

Under 1990- och 2000-talet har kunskapen om samspelets betydelse för hjärnan och den känslomässiga utvecklingen spridit sig. Några av de teoretiker som kan vara till hjälp för förståelsen både av barnets utveckling och av föräldrarnas roll redovisas här.

Greenspan

Stanley Greenspan beskriver utvecklingen av barnets regleringsförmåga på ett sätt som är användbart i det kliniska arbetet. Han lägger vikt vid barnets egen förmåga att organisera sina upplevelser, att barn är olika och påverkas av sina erfarenheter på olika sätt. De viktigaste variablerna handlar om barnets förmåga till reglering, att ta emot och hantera intryck från omvärlden och förmåga att återhämta sig efter t.ex. stress. Greenspan beskriver att samtidigt som det handlar om faktiska sinnesupplevelser så är innehållet i upplevelserna, på ett mer känslomässigt plan, lika viktiga och omöjliga att särskilja från själva sinnesupplevelsen.

Greenspan ser barnets utveckling både som kontinuerlig och i olika faser där faserna överlappar varandra. De finns i en tidig form redan hos det lilla spädbarnet och fortsätter att utvecklas och förfinas och de både ingår i och är förutsättning för nästa fas.

Spädbarnets första uppgift är att uppnå jämvikt – homeostas. Detta innebär förmåga att reglera framförallt sömn och vakenhet, men också förmåga att hantera stimuli och början till att kunna lugna och trösta sig själv. Den andra viktiga uppgiften under den här fasen, enligt Greenspan, är att utveckla intresse och engagemang för omvärlden. Detta sker genom tillstånd av t.ex. uppmärksamhet, avslappning och beroende; det som vi ser som grundläggande för att vara i samspel med andra. Greenspan skriver att ”det sätt som spädbarnet visar intresse för omvärlden är genom sina sinnen – det han hör, ser, luktar och rör vid och vad han erfar genom känslan av rörelse” (Greenspan & Thorndike Greenspan 1985). Det är alltså genom samma typ av sinnesupplevelser som det späda barnet både söker sig utåt och får hjälp att reglera inre tillstånd.

Då barnet är ca 2-3 månader börjar det uppnå en högre organisationsnivå där förmågan att hålla kvar uppmärksamhet och att skilja ut olika stimuli ökar. Under den här perioden börjar en speciell, känslomässig relation till en eller några anknytningspersoner visa sig. Grunden för anknytningen läggs, enligt Greenspan, under den tidigare utvecklingsperioden, och denna uppgift organiserar flera

olika affektiva tendenser: tröst, nyfikenhet, beroende, glädje etc. Barnet är under denna period oerhört socialt, intresserad av människor både för utforskande och för att söka tröst och bli lugnad.

Under perioden 3-10 månader inträder också den tredje fasen, ”somato-psykologisk differentiering”. Barnet är nu mindre utlämnad åt sina inre tillstånd och börjar under den här perioden förstå orsaks- verkanssamband speciellt i samspel med andra. Barnet vänder sig nu ut mot världen och börjar kunna initiera, svara och ta turer. Förmågan att vara flexibel börjar utvecklas.

Då barnet är mellan 9-18 månader, en period som Greenspan kallar ”framträdandet av en organiserad känsla av själv” sker en snabb utveckling av motoriken. Den stora uppgiften under den här fasen är att lyckas organisera både beteende och känslor. Barnets beteende och känsloliv är nu mer komplext och kan t.ex. innehålla längre sekvenser av olika beteenden, vilket också ställer ökade krav på förmågan att organisera sig.

Enligt Greenspan ska barnet under sitt första år utveckla en förmåga att kunna lugna sig, växla mellan olika tillstånd av arousal, fokusera uppmärksamhet och njuta av olika stimuli och sinnesintryck som ljud, beröring och smaker. Greenspan ser föräldrarnas roll som grundläggande och deras uppgift under första tiden är att anpassa omgivningen så att barnet får upplevelser utifrån sina behov och sin utvecklingsnivå. Under första fasen är det viktigaste att föräldrarna är förutsägbara och skapar ett lugn kring barnet, under andra fasen att de är extra kärleksfulla och under tredje fasen att de respekterar och hjälper barnet att uttrycka alla olika känslor, samt även hjälper barnet att klara att lugna sig.

Schore

Allan Schore är en av förgrundsgestalterna när det gäller närmandet mellan det psykodynamiska tänkandet och hjärnforskningen. Han beskriver hjärnans två halvor; den högra som är dominant under de första tre åren och där bearbetning och organisation av känslomässig information sker; och den vänstra som är dominant för språkliga, medvetna funktioner och som blir dominant efter ca tre års ålder. Högra hjärnhalvan står i starkare ”förbindelse” med både kroppen och känslorna och Schore beskriver samspelet mellan föräldrar och det lilla barnet som ett samspel mellan två högerhjärnor. Det sker inte främst genom ord utan genom röst, mimik och gester.

Ett centralt begrepp för Schore när det gäller barns utveckling är affektreglering. Barnets affekter måste regleras av en förälder som också kan förstå sina egna känslor. Först då kan föräldern även förstå och tolka barnet. Genom att barnet får upplevelser av att känslor kan bli förstådda och accepterade utvecklar barnet så småningom en förmåga att själv reglera sina känslor. Schore understryker också att “affektreglering är inte bara en minskning av affektintensitet och lugnande av negativa känslor. Det handlar också om att förstärka och intensifiera positiva känslor, ett nödvändigt tillstånd för mer komplex självorganisation” (2003a). Genom lek och samspel med andra får barnet också erfara nya nivåer av arousal. I lekar som tittut, här kommer en liten mus etc. lockar föräldern, med röst och fysisk kontakt barnet att gå in i lek och genom den får barnet positiva erfarenheter av lustfyllt samspel.

Hjärnan hos det nyfödda barnet är inte färdigutvecklad utan under de första två åren sker en stark utveckling. Hur denna sker beror både på genetiska förutsättningar och på barnets miljö enligt Schore. För det lilla barnet är anknytningsrelationen den viktigaste ”miljön” och det är i denna som regleringsförmågan utvecklas. Schore skriver att en trygg moder reglerar ”på en intuitiv, icke-medveten nivå, hela tiden spädbarnets skiftande nivåer av arousal och genom detta känslomässiga tillstånd” (2003a).

Om barnet utsätts för traumatiska erfarenheter av stress, t.ex. vid separation eller om föräldern uppträder skrämmande, påverkas barnets affektregleringssystem. Fysiologisk leder detta till synapsbortfall vilket psykologiskt kan leda till att barnet tvingas ”stänga av” känslomässigt. Eftersom hjärnan också är lärlärd och förväntar sig sådant som den redan upplevt skapar våra upplevelser och våra reaktioner mönster som sedan lättare återupprepas.

Schore beskriver hur brister i det tidiga samspelet kan leda till svårigheter senare i livet genom att det påverkar individens självkänsla; av att vara en integrerad person, värd att älska med alla sina sidor. Vid situationer som väcker de här omedvetna/implicita känslorna till liv igen kan personen reagera starkt, med t.ex. skam och/eller raseri. Schore (2003b) ser också att det finns möjligheter till reparation t.ex. genom den terapeutiska relationen. Han beskriver att terapeutens viktigaste uppgift blir att, som en tillräckligt bra förälder, ta emot, förstå och reglera patientens affekter. Det kan leda till att patienten så småningom själv kan internalisera terapeutens affektreglering.

Stern

Daniel Stern har kanske varit den som bäst lyckats jämföra samman utvecklingspsykologin och psykoanalysen. Han beskriver inte utvecklingen i faser utan använder upplevelseområden och livsteman som begrepp. De olika känslorna av självet är framväxande upplevelseperspektiv och kompetensområden vari barnet organiserar nya erfarenheter av själv och själv tillsammans med annan. Men alla nivåer fortsätter att vara aktuella under hela livet; de finns alla samtidigt och förutsätter varandra.

Under de första två månaderna av spädbarnets liv växer det successivt fram en upplevelse av ett själv som utgör fundamentet; han kallar denna fas känslan av ett uppvaknande själv. Barnet relaterar på en preverbal nivå och upplever omvärlden genom sina sinnen: t.ex. hörsel, syn och känsel. Upplevelserna är som små öar och barnet är under den här perioden sysselsatt med att få ihop de här öarna. Barnet har korta perioder då det är piggt och avslappnat och det kan då ta in den yttre världen och börjar få ihop och relatera olika upplevelser till varandra.

Även Stern ser att föräldern ägnar mesta delen av tiden tillsammans med barnet till att reglera och stabilisera fysiologiska tillstånd av vakenhet, sömn, hunger etc. Han beskriver hur det lilla spädbarnet upplever händelser främst genom de affekter som väcks i barnet och att det kan uppfatta den känslomässiga kvalitén i omhändertagandet. Dessa erfarenheter använder barnet för att organisera sina känslor och det leder till att barnet får en bakgrundskänsla, en helhet av något, t.ex. blöjbyte eller

matning. Dessa kan kopplas ihop med andra upplevelser och på detta sätt bli början till upplevelser av ett själv tillsammans med annan.

Under nästa utvecklingsperiod, då barnet är mellan ca tre och sju månader, som kallas ”känslan av ett kärnsjälv”, sker ett språng i utvecklingen. Barnet har nu en känsla av ett själv som inte förändras, och det kan integrera de fyra grundläggande upplevelserna av självet, själv-agens, själv-koherens, själv-affektivitet och själv-historia.

Spädbarnet får genom samspelet med andra nya självverfarenheter. Även Stern beskriver hur barnet genom lek och samspel med en annan får erfara nya nivåer av arousal, något som Stern kallar anspänningsnivå eller affektintensitet. Andra självverfarenheter är trygghet och anknytning, att bli hållen, känna sig trygg, se andra och också bli sedd av någon annan. Allt detta är delar som hjälper barnet att utveckla förmågan att själv kunna reglera affekter. En av grundstenarna när gäller trygg anknytning, enligt Stern, är affektintoning. Föräldern tonar nu in en del eller aspekt hos barnet som reflekterar känslotillståndet, från att tidigare ha imiterat barnet genom ansiktsuttryck och röst. Detta ger barnet en bild av både andra och sig själv som förutsägbara, att det går att bli förstådd och därför också att förstå.

Föräldern reglerar också barnets upplevelse av ett beteende eller en händelse genom att tolka det som händer genom sin mimik och röst som barnet avläser. På så sätt reglerar barnet och den vuxne tillsammans barnets uppmärksamhet, nyfikenhet och kognitiva intresse för omvärlden. Föräldern möter barnet både där det befinner sig känslomässigt men tillskriver också barnet avsikter på en högre nivå och behandlar ofta sitt barn som lite större och mognare än vad det egentligen är, genom att ”vara verksamma i barnets närmaste utvecklingszon” (Stern 2003).

Siegel

Daniel Siegel har ett stort intresse för hjärnans utveckling och hur förmågan till självreglering utvecklas genom relationen med anknytningspersoner. Han skriver om hur det tidiga samspelet med anknytningspersonerna har en direkt påverkan på barnets hjärna genom att det påverkar tillväxten av de hjärnstrukturer som formar självreglering. Siegel anser att fundamentet för det känslomässiga processandet är individens appraisal- och arousalsystem. Han har beskrivit utvecklingen enligt en modell med sju olika aspekter av känslomässig reglering, där barnets konstitution och tidiga samspelsfarenheter integreras:

1. Intensitet – hjärnan verkar kunna reglera intensiteten i sin reaktion genom hur många neuroner som skickas iväg och hur många neurotransmittorer som släpps som reaktion på ett stimuli.
2. Känslighet – vi har alla en speciell nivå av stimulation som måste uppnås för att vårt appraisalssystem ska aktiveras. Det här skiljer sig mellan olika individer, en del personer blir lätt uppjagade, andra inte. Även här handlar det om medfödda egenskaper och miljöpåverkan, men även om dagsform.

3. Följdriktighet/stringens – handlar om vilken del av hjärnan som aktiveras vid arousal. Vår reaktion på en händelse eller stimuli handlar om tidigare erfarenheter och påverkar också framtiden eftersom systemet är läraktigt. Hur händelsen värderas har en direkt påverkan på vilken typ av känslomässig erfarenhet som växer fram. Det handlar bl.a. om hur individen värderar möjligheten att uppnå önskade mål i relation till sig själv och andra, och känslan av att kunna hantera situationen och ha självkontroll.
4. Toleransförmåga – handlar om nivån, ”fönstret”, av känslomässig arousal som individen kan processa utan att systemet bryter samman. Det här är olika mellan individer, i olika tider och sammanhang, och handlar om hur man klarar stress. Högreaktiva barn hamnar ofta utanför ”fönstret”, de är lättstörda och tappar jämvikten.
5. Förmåga till återhämtning – då systemet utsätts för högre stress än det kan tolerera, hamnar individen utanför ”fönstret”, tappar förmågan att tänka och reagerar istället känslomässigt och agerar impulsivt. Genom att dela sina upplevelser med andra, få hjälp av den andres reflekterande och hållande förmåga, får barnet uppleva att nivån av arousal sjunker så att den hamnar inom den nivån som det kan tolerera och hantera. Barnet får på så sätt tillgång till mer komplexa hjärnfunktioner, d.v.s. sitt tänkande.
6. Tillgång till medvetna processer – även om detta bara är en liten del av hjärnans aktivitet är det viktigt för regleringsförmågan. Det möjliggör självreflektion och att kunna göra medvetna val. Individen får tillgång till förmågan att tänka både kring sitt eget agerande och kring andras, och att förstå att andra kan agera utifrån egna idéer, känslor och upplevelser.
7. Synbart uttryck - vid två års ålders har barnet börjat lära sig att anpassa sig socialt och att inte alltid visa hur det känner. Om barnet aldrig eller sällan får befinna sig i ett sammanhang där det kan visa sitt inre, privata själv i samspel med andra kan barnet få svårt att veta vilka känslor det har och riskerar att ”få en känsla av att inte veta vem man egentligen är”(Siegel 1999).

De här sju aspekterna kan både ses som delar av utvecklingen, där de första aspekterna finns från början och de andra delvis utvecklas under tid, samtidigt som människan alltid har kvar de olika aspekterna.

Sammanfattning

Under de första månaderna handlar utvecklingen av självreglering om att barnet ska uppnå en fysiologisk jämvikt. Barnet är till en början helt beroende av föräldern och förälderns förmåga att läsa av barnets signaler och tillfredsställa barnets fysiska behov. Känslomässigt hjälper föräldern också barnet genom att ta emot och härbärgera känslor som plågar barnet och genom att ge barnet nya roliga och lustfyllda erfarenheter.

Efter denna fas inträder en fas av dyadisk reglering där barnet blir en mer aktiv partner i regleringsprocessen. Barnet kan nu börja anpassa sitt beteende utifrån den respons som det önskar få från föräldern. Edward Tronick m.fl. beskriver detta som ”kapaciteten hos var och en av deltagarna i samspelet att uppfatta och värdera meningen av motpartens känslomässiga uttryck och att bygga

vidare på den andres agerande för att kunna uppnå sina mål” (1998). Barnet har nu också knutit an till en eller ett par utvalda personer och det är dessa personer som lättast kan lugna barnet när det blir oroligt eller känslor av hot eller övergivenhet väcks. Det är också i närvaro av dessa anknytningspersoner som barnets lust och förmåga att leka och att utforska omvärlden är starkast.

Allt eftersom barnet växer och får erfarenheter av samspel ökar barnets egen kompetens. Barnet kan också i allt högre grad använda sig av anknytningspersonerna för att uppnå en egen förmåga till reglering, barnet kan sägas ha med sig föräldern i sitt inre och kan använda detta, t.ex. genom att tänka på föräldern och på så sätt klara att trösta sig själv.

Regleringsstörning

Booths citerar Greenspan när hon definierar regleringsstörning och dess konsekvenser som: ”svårigheter att reglera fysiologiska, sensoriska, uppmärksamhets, motoriska och känslomässiga processer. Barnet får svårt att klara av vardagen och känslomässiga relationer då barnet har svårt att organisera sitt beteende och sina känslor eftersom det har svårt att bibehålla ett lugnt, alert och positivt sinnestillstånd” (2005). Ett sätt att beskriva regleringsstörningar är diagnossystemet DC 0-3R (2005) som används inom barnpsykiatri i arbetet med små barn. Där beskrivs tre olika typer av regleringsstörningar; 1 - Hypersensitiv, antingen a-rädd/försiktig eller b-negativ/trotsig, 2 - Hyposensitiv/Underreaktiv och 3 - Sökande efter sensorisk stimulering/Impulsiv. Små barn med störningar i regleringen, speciellt i tredje kategorin riskerar att senare utveckla beteendestörningar som förknippas med DSM IV- diagnoserna ADHD och ADD.

Orsakerna till svårigheter med reglering kan vara genetiska, neurologiska och/eller att barnet utsatts för traumatiska upplevelser eller bristande samspel och omsorg. Barnets medfödda karaktärsdrag och föräldrarnas förmåga till samspel påverkar och förstärker också varandra. Peter Fonagy (2001) går igenom forskning kring barn med ”negativt” temperament och anknytningsmönster och ser ett samband mellan mönster av otrygg anknytning i de familjer där barnet har ett negativt temperament samtidigt som föräldern brister i lyhördhet. I en studie som gjordes av DeGangi m.fl (2000) bedömde man en grupp spädbarn enligt DC 0-3. Man följde sedan upp gruppen vid tre års ålder och resultatet visade att i de familjer där spädbarnen bedömdes ha medel – svår regleringsstörning fanns vid tre års ålder en tydlig överrepresentation av störningar i relationen mellan barn och föräldrar. Relationssvårigheterna var t.o.m. större i de här familjerna än i de familjer där barnen bedömdes ha svårigheter inom området kontakt- och kommunikationsstörning. Siegel skriver ”att reducera mänskligt beteende till ett antingen – eller, när det gäller genetik – inläring eller arv – miljö hjälper oss inte utan fördunklar vårt tänkande i de här frågorna, särskilt när det gäller att planera interventioner” (1999). Att hitta sätt att både hjälpa barnet och föräldrarna, i det komplexa system som livet är, känns därför angeläget.

Theraplaybehandling och reglering

”I behandlingen av barn med regleringssvårigheter fokuserar man på att anpassa stimuleringsnivån till barnets förmåga för att uppnå optimal nivå av engagemang och respons”(Jernberg & Booths 2003). Man använder aktiviteter som hjälper till att organisera barnets sensoriska system och som kontrollerar barnets nivå av arousal. Stegvis så försöker man sedan öka barnets toleransnivå för stimulering genom nya erfarenheter.

Med ett barn som är hypersensitivt måste man som behandlare ha lågt röstläge, belysningen kan dämpas och aktiviteterna ska vara lugnande och stillsamma. För att hjälpa till att organisera barnets sensoriska system använder man också olika grader och typer av beröring, t.ex. massage, vaggande och hoppande. Om barnet ger lågt gensvar är ett av målen med behandlingen att öka aktivitetsnivån och hjälpa barnet att vilja och våga vara mer aktivt, livligt och spontant.

Med barn som har svårigheter med impulsivitet och koncentration är målet att hjälpa barnet att klara att variera mellan nivåer av arousal och att kunna ta emot den omsorg som barnet tidigare ofta missat. Barnet kanske ständigt har varit på språng och kommunikationen med föräldrarna har ofta präglats av tillsägelser och stopp. Man använder aktiviteter som är varierade i tempo och rytm, och barnet får t.ex. vänta på rätt signal innan det ska göra något. Som behandlare hjälper man också barnet att klara att hålla på lite längre med samma sak för att på så sätt hjälpa barnet öka sin förmåga att hålla kvar uppmärksamhet.

Theraplay kan sägas ge barnet en ”andra chans” att med hjälp av närvarande andra kunna växla mellan olika nivåer av arousal. Som behandlare hjälper man barnet med detta på samma sätt som föräldrar vanligtvis hjälper det lilla spädbarnet tills det själv klarar detta, utan att tappa jämvikten och kontrollen.

SYFTE

Syftet med uppsatsen är att förstå om, och i så fall hur, man kan koppla förändringar av barns förmåga till självreglering till interventioner under en Theraplaybehandling.

Mina frågeställningar är:

- Kan man se en utveckling av förmågan till självreglering hos barnen om man följer behandlingar via videofilm?
- Vad är det i behandlarnas arbete som påverkar denna förmåga?
- Skattar föräldrarna att deras barns förmåga till självreglering har förändrats och i så fall på vilket sätt?

METOD

För att försöka få svar på ovanstående frågor har jag valt att följa tre Theraplaybehandlingar. Behandlingarna spelas in på video; jag har skickat ett introduktionsbrev till föräldrarna, se bil.1, och har fått deras skriftliga tillstånd att använda filmerna i mitt uppsatsarbete, se bil. 2. I min planering ingick att följa behandlingar till slutet men då, av olika skäl, behandlingar inte kom att avslutas inom tidsramen för mitt uppsatsarbete valde jag att följa behandlingarna under de första fem respektive sex sessionerna.

Interaktionsanalysen redovisas i tre delar. Först utifrån intervjuer med behandlarna, efter det genom en processbeskrivning utifrån filmerna samt slutligen utifrån två utvalda vinjetter från varje behandling som jag studerat tillsammans med respektive behandlare. Den första vinjetten jag har valt är ur tredje sessionen eftersom de första sessionerna kan sägas vara relationsskapande. För att kunna hjälpa barnet att reglera sig är det viktigt att behandlaren och barnet först har en relation. Den andra vinjetten har valts ur femte respektive sjätte sessionen för att med tidsperspektiv kunna se om barnet förändrats. Jag har försökt välja likartade aktiviteter i de två vinjetterna för att på det sättet öka möjligheten att se eventuella skillnader.

Barnens föräldrar har fått fylla i enkäter, se bil.3, gällande barnets förmåga till självreglering före och efter behandlingstiden. Enkäten är delvis baserad på andra enkäter som används i det barnpsykiatriska arbetet, YCI (Yale Children´s Inventory) som används vid utredningar gällande barn med ADHD, och SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire), som är en mer allmänt hållen enkät med bredare fokus som ser till barnets styrkor såväl som svårigheter. I enkäten har jag också lagt till några frågor kring barnets utvecklingsnivå när det gäller lek- och språkutveckling. Detta för att fånga upp eventuella misstankar om barnet har andra svårigheter inom t.ex. autismspektrat. Enkäten innehåller några frågor med fokus på föräldrarnas upplevelse av hur han/hon förstår sitt barn. Som tillägg till den enkät som föräldrarna fyller i efter behandling har föräldrarna också möjlighet att svara på två mer öppna frågor, om det är något som föräldrarna tänker är bra för mig att veta när det gäller Theraplaybehandlingen eller när det gäller något annat.

Analys

Jag har valt att göra en bearbetning av materialet i tre delar:

- en deskriptiv interaktionsanalys av filmer och vinjetter
- intervjuer av behandlare
- föräldraenkäten som bearbetats genom en sammanfattning av barnets svårigheter och styrkor, samt av skillnaderna mellan före behandling och efter undersökningsperioden

Urval

När det gäller urval så är Theraplay fortfarande en ganska ny behandlingsmetod i Sverige som erbjuds få familjer. Det som har styrkt urvalet av familjer har varit tidsfaktorn, att behandlingarna ska rymmas inom tidsramen för denna uppsats. Jag har valt att inte ta med familjer som jag själv eller kollegor från min arbetsplats arbetar med för att inte påverka behandlingsupplägget. Terapeuterna i min undersökning har genomgått grundutbildningen i Theraplay och är alltså inte certifierade Theraplayterapeuter. Två av behandlarna har haft regelbunden handledning. De är alla tre är i övre medelåldern och har arbetat länge inom barnpsykiatri.

De tre barnen i studien var mellan fem och sex år vid behandlingens början. Längden på kontakten med BUP innan Theraplaybehandlingen påbörjades pendlade mellan sex månader och två år. Gemensamt för de tre familjerna är att barnen under sina första 2-3 år levt under stora påfrestningar där t.ex. psykisk sjukdom, missbruk och misshandel har funnits med, men att situationen för närvarande är mer stabil.

Lisa var en femårig flicka som vid behandlingens början var passiv, rädd och försiktig. Hon och hennes familj hade haft en flerårig kontakt med barnpsykiatri och oro fanns kring Lisas försenade utveckling, framförallt när det gällde språk och motorik. Lisas föräldrar önskade hjälp med att stärka dotterns självkänsla och att reparera de brister som funnits i samspelet tidigare.

Kalle var sex år. Vid inledning av behandlingen hade han och hans familj haft kontakt med barnpsykiatri i ca ett år. Han var impulsiv, hade svårt att vara stilla och att koncentrera sig. Föräldrarna önskade hjälp utifrån att relationen mellan dem och Kalle präglades av ständiga utbrott och konflikter.

Markus var fem år. Han beskrevs som impulsiv och aggressiv. Han hade svårt att koncentrera sig och också svårigheter att vara i kontakt med andra. Oron hos föräldrarna handlade främst om att Markus var aggressiv mot sin lillasyster och de önskade hjälp att få en bättre relation till Markus.

Etiska överväganden

Föräldrarna fick en förfrågan av sina behandlare om de ville delta. Efter att jag påbörjat undersökningen har jag själv haft direktkontakt med föräldrarna för att de inte skulle uppleva att undersökningen påverkade behandlingen. När det gäller videomaterialet fick föräldrarna skriva under ett skriftligt godkännande i form av ett kontrakt. I kontraktet framgick syftet med undersökningen, vilka som skulle komma att titta på filmerna samt att filmerna efter uppsatsens färdigställande kommer att återlämnas till ansvarig behandlare. Alla namn som förekommer är fingerade och vissa data såsom kön och familjesammanhang är ändrade.

RESULTAT

Lisa

Föräldraenkät före behandling

Föräldrarna skattar Lisa som ojämn och försenad i sin utveckling både när det gäller språk och lekförmåga. Hon har svårt att komma ihåg instruktioner och glömmer ofta vad hon ska göra härnäst. Lisa är lättstörd och har vissa koncentrationssvårigheter. Hon beskrivs som passiv, rädd och försiktig och att hon har svårt att hantera yttre stimuli. Likaså har hon svårt med förändringar och får utbrott som kan vara svåra att förstå orsaken till. Lisa söker inte kontakt med andra när hon är ledsen eller rädd och hon undviker ögonkontakt. Föräldrarna skattar också Lisa som glad och att hon är positiv till kroppskontakt.

Intervju med Lisas behandlare

Fokus för behandlingen med Lisa och hennes familj skulle vara att väcka hennes egen lust och nyfikenhet och hjälpa henne att våga vara i samspel med andra. För föräldrarna skulle jag vara en modell för hur man kan "få igång" Lisa och hur man kan möta henne på den känslomässiga nivå hon befinner sig, för att stärka hennes bristande självkänsla.

I början var det svårt att få ögonkontakt med Lisa. Hon sökte föräldrarna under sessionerna genom att titta mot kameran och vi vinkade tillsammans till dem. Detta släppte ganska snabbt, efter de första sessionerna verkade Lisa känna sig trygg med att vara med mig och med att föräldrarna fanns kvar. Hennes osäkerhet fortsätter dock att vara lättväckt, t.ex. blir hon tydligt stressad om jag inte hör vad hon säger. Likaså är det svårt för Lisa då jag introducerar en ny aktivitet. Hon reagerar genom att säga "färdig" snabbt, som terapeut måste man anpassa sig och successivt introducera nya aktiviteter.

När det gäller ömsesidigheten växer den fram under behandlingen. Lisa klarar allt oftare att vara i samspel. Hon kan sitta och småprata lite, vill berätta saker, och det finns en turtagning i lekarna och samspelet som inte fanns från början. Lisa har också lyft blicken, kan prata om det som finns i rummet och om det som finns utanför; som om det finns ett vi, ett tillsammans härinne och en värld utanför som finns kvar efter sessionen.

Lisa var passiv till en början, gjorde som jag sa utifrån att hon var lydig, men visade lite egen lust och drivkraft. De första tecknen på initiativ som Lisa tog var då jag räknade till tre och hon kunde ibland räkna med. Allt eftersom tar Lisa fler egna initiativ, hon lutar sig fram och tittar i korgen som jag har materialet i, pekar och säger vad hon skulle vilja göra när hon får syn på något i korgen. Hon kan också visa små tecken på irritation då jag inte förstår vad hon vill.

En vändpunkt i behandlingen var tredje sessionen då Lisa var ledsen. Att det gick att vara ledsen tillsammans med mig och att föräldrarna sedan mötte upp efter sessionen tror jag var det som ledde till förändring. Lisa blev gladare, verkade tryggare och tog fler initiativ efter denna gång.

Processbeskrivning av videofilmerna

Det är tydligt att Lisa är passiv och försiktig, speciellt under de första gångerna. Under första sessionen sitter Lisa och småler och säger ”ja” mycket ofta. Hon tittar ner, ser spänd ut och ger inte mycket ögonkontakt utan tittar ofta mot kameran eller ned och frågar efter föräldrarna. Fysiskt är hon nästan helt stilla, och hon behöver konkret hjälp av behandlaren för att våga pröva saker som t.ex. pricka sönder en såpbubbla med fingret. Lisa blir påtagligt glad då hon klarar det och upprepar behandlarens ord ”jag kunde”.

Under påföljande två sessioner visar Lisa mer känslor, framförallt ledsenhet. Under den tredje sessionen är hon ledsen under större delen av tiden, hon tittar mot kameran och frågar efter sina föräldrar. Hon är något mer fysiskt aktiv, kan t.ex. själv använda sitt finger för att pricka bubblan, men verkar påminnas om sin ledsenhet mellan de olika aktiviteterna och börjar då gråta eller snyfta.

Efter detta vänder det och redan gången efter ”ledsengången” är annorlunda. Lisa är lite ledsen i början, men då behandlaren sätter ord på hennes känsla och längtan efter föräldrarna verkar hon känna ett lugn. Behandlingen ser ut att gå in i en ny fas där Lisa visar mer av glädje och tar fler initiativ för varje gång. Hon blir också något mer verbal och verkar vilja dela upplevelser med behandlaren, t.ex. berättar hon att hon åkt bil till mottagningen. Lisa tittar inte längre bort direkt efter varje aktivitet utan är i kontakt med behandlaren även under ”väntetiderna” då behandlaren förbereder nästa aktivitet. Lisa ser oftast förväntansfull och glad ut. Hon har dock svårt att stanna kvar i aktiviteter, även om hon verkar tycka det är roligt så säger hon snabbt ”färdigt”. Hon behöver då behandlarens hjälp för att klara att vara kvar i aktiviteten en liten stund till.

Efterhand utvecklas samspelet med Lisa. I början är det behandlaren som är aktiv, som hela tiden benämner det hon gör och det som händer. Behandlaren använder rösten för att höja aktivitetsnivån och få in mer lust och glädje. De små initiativ Lisa tar både bekräftas och förstärks. Då Lisa visar mer av egen initiativförmåga och vilja blir det mer av turtagning och ömsesidighet. Behandlaren blir då något mer dämpad och även om hon fortfarande benämner och bekräftar det som händer och det som Lisa gör så är Lisa själv mer delaktig.

Vinjett 1 med Lisa. Blåsa fjäder

Behandlaren tar fram en fjäder ur korgen, säger ”titta vad jag har med idag”. Lisa tittar intresserat, är helt stilla i kroppen. Behandlaren håller fjädern mellan tumme och pekfinger och blåser lite på den, räcker sedan fram den till Lisa som blåser försiktigt. Behandlaren säger ”vill du känna” och för fjädern över Lisas ansikte först och sedan sitt eget, hon säger ”det killas” och ler och Lisa svarar med ett leende. Behandlaren rör sedan vid Lisas ena hand med fjädern och Lisa sträcker fram andra handen och säger ”oj” med svag röst vilket behandlaren upprepar med ett tonläge som är lite mer intensivt än Lisas.

De börjar sedan blåsa fjädern mellan sig, behandlaren är mest aktiv och den som börjar blåsa. Hon hjälper också Lisa att lyckas med sitt blåsande, hon räknar ner inför bådas blåsning och

benämner hela tiden vad som händer. Då Lisa ska blåsa för andra gången initierar hon själv räkningen till tre och blåser sedan på fjädern. Lisa tittar efter det bort och säger "vad roligt det är".

Vinjett 2 med Lisa. Bolla ballong

Behandlaren säger "vet du vad" och letar i korgen. Lisa lutar sig fram och tittar. Behandlaren tar fram en ballong, säger "vet du vad det här är?" Lisa säger "ja". Behandlaren börjar blåsa upp ballongen och Lisa sträcker fram händerna och känner på den. Sedan försöker behandlaren knyta ballongen men har lite svårt. Lisa tittar på henne, säger "vad gör du?" Behandlaren talar först om vad hon gör, inser sedan det komiska i situationen och upprepar Lisas fråga i ett skrattande tonfall.

När ballongen är knuten räcker Lisa fram händerna och visar att hon vill ha den, behandlaren bollar själv några gånger med ballongen, Lisa sträcker fram händerna lite till, gör ett ljud som låter lite irriterat och säger "vill ha" och hon får ballongen.

Lisa kastar ballongen till behandlaren, sedan säger Lisa att hon inte vill mera men kastar tillbaka ballongen ett par gånger till när hon får den av behandlaren. Hon visar dock tydligare för varje gång att hon inte vill, viftar avvärjande och säger "vill inte". Behandlaren säger då "sista gången" och går upp i tonläge. Lisa ser då gladare ut, kastar tillbaka ballongen och följer med blicken när behandlaren lägger ner den i korgen.

Behandlarens kommentar

Både fjädern och ballongen är nya inslag i behandlingen. Det jag försöker göra i aktiviteten med fjädern är att "få upp temperaturen", vitalisera. Jag försöker blåsa in lite liv, när jag sitter där och blåser på fjädern. Jag förstärker också allt, sådär som man gör med en liten bebis, det är för att det inte är så mycket dialog. Jag tycker att Lisa tonar in och imiterar mig. Hon suger in det jag gör och säger och sedan kommer det ut vid ett senare tillfälle.

I aktiviteten med ballongen verkar Lisa inte vara så rädd längre och hon tar fler egna initiativ. När hon säger "vad gör du?" när jag inte lyckas knyta ballongen tycker jag är så läckert. För henne är det strålande, hon verkar tänka "varför tar det sån tid, hur kul är det här för mig"? Jag tycker också att min röst är lite förändrad. Jag behöver inte vitalisera lika kraftigt utan hon står också lite för det. När hon verkar tycka att det räcker säger hon "färdig" istället för "vad roligt det är" vilket hon sa tidigare. Det tänker jag är ett framsteg, för det handlar om vad hon vill eller inte.

Föräldraenkät efter behandling

Lisas försenade språk- och lekutveckling kvarstår även efter behandlingsperioden på tre månader. Föräldrarna skattar hennes förmåga att komma ihåg instruktioner högre och tycker att hon är mindre lättstörd. Hennes förmåga att trösta sig själv har ökat. Men de stora förändringarna handlar om relationen mellan Lisa och föräldrarna och att hennes passivitet, försiktighet och rädsla minskat. Föräldrarna skattar att de själva har lättare att förstå henne, att hon lyssnar, är mer nyfiken och inte drar sig undan kontakt längre. Det är också lättare att få ögonkontakt med Lisa. Hon har dock något svårare att koppla av och att släppa kontrollen än innan behandlingen.

På de mer öppna tillägsfrågorna skriver föräldrarna att det skett andra förändringar i Lisas liv som påverkat hennes utveckling; t.ex. har hon bytt förskola vilket har varit positivt. De skriver att de ser stora framsteg och deras oro har minskat. De har roligt tillsammans: Lisa har en spontanitet och har fått en glimt i ögat, saker de inte sett tidigare.

Kalle

Föräldraenkät före behandling

I enkäten framkommer att Kalle har svårigheter med impulsivitet, koncentrationsförmåga och uppmärksamhet. Han har hög aktivitetsnivå och är ofta uppvarvad. Kalle har svårt med affektreglering; att koppla av och att lugna sig själv. Han är känslig för yttre stimuli och det kan vara svårt att få ögonkontakt med honom. Det framkommer att han i relation till andra är nyfiken och omtänksam. Han tycker om kroppskontakt men kan ha svårt att ta emot hjälp och tröst.

Intervju med Kalles behandlare

Valet av Theraplay var utifrån att vi tänkte att Kalle behövde våga släppa kontrollen, att avlastas ansvar och att få vara liten och ta emot. Hans föräldrar behövde få syn på Kalle som den lilla pojke han är och inte som den bråkstake som han ofta var då.

Kalle hade redan från början lätt att ta emot omsorg, han njöt och det var ett bra sätt att bygga upp relationen med honom. Likaså har han kunnat visa sin större sida och sin kompetens genom mer utmanande aktiviteter. Det är tydligt att Kalle behöver och mår bra av struktur, att veta vad som ska hända och vad som förväntas av honom. Annars blir han lätt otrygg och osäker vilket visar sig i genom att han blir motoriskt orolig.

Det som inte visat sig, som vi hade trott skulle vara ett tema för behandlingen, var hans kontrollbehov. Han har varit allvarlig, följsam och kanske lite undrande. Han har varit med på alla aktiviteter även om han under en period sa hemma att han inte ville komma. Det här vände efter några gånger, kanske var en vändpunkt den gången han var ledsen under början av sessionen. Han ville inte komma, jag tänkte på det som ett motstånd, men efter det hände det något. Han blev mer livfull, kändes mer självklar i rummet.

Under behandlingen har vi fått till mer av samspel och vi kan ha roligt tillsammans. Han har kunnat vila lite mer i sig själv och lita på omgivningen. Jag tänker att det här hjälper honom att hitta ett ”inre kompass”, att han ska kunna lita på att han vet vad han vill och vad som är bra för honom. Det skulle hjälpa honom att sig tryggare och att kunna samarbeta och samspela med andra.

Processbeskrivning av videofilmerna

Kalle är under de inledande gångerna stillsam och lite avvaktande. Han tittar in i kameran en del eller tittar ner. De svårigheter med impulsivitet och hög aktivitetsnivå som han beskrivs ha utanför rummet går inte att se. Han är passiv, tar få egna initiativ, ser osäker ut och är också motoriskt orolig, sitter t.ex. och pillar på saccosäcken. De aktiviteter där han får vara fysiskt aktiv, t.ex. boxa sönder tidningspapper verkar lättare, han är då mer aktiv och mer i ögonkontakt med behandlaren.

Kalle tar emot den omsorg behandlaren ger, successivt under behandlingen blir han mer aktiv i detta, vill gärna visa behandlaren fler födelsemärken och småsår då hon gör en check-up.

Fjärde sessionen inleds med att Kalle är ledsen och smågråter. Behandlaren bekräftar hans känslor men fortsätter sedan med sessionen. På filmen syns att det här blir en vändpunkt i behandlingen. Kalle blir efter den sessionen mer aktiv och visar mer lust och glädje i interaktionen. Han kommer med fler egna initiativ till lekar och kan också avbryta behandlaren när han vill säga något.

Kalle verkar också ha svårt att ta emot beröm, något som minskar under behandlingen. När behandlaren under tredje sessionen säger "vad bra det gick" tittar Kalle bort. I sjätte sessionen när behandlaren säger samma sak ser han glad ut och är kvar i kontakten.

Behandlaren är under de första sessionerna mycket aktiv. Hon använder rösten för att både locka och hjälpa Kalle att vara kvar i aktiviteten. Fysiskt är hon nära honom och verkar hjälpa honom att stanna kvar i aktiviteten eller klara väntetiden mellan aktiviteterna genom att hålla en hand på honom. Detta minskar under behandlingen, allt eftersom Kalle blir mer aktiv och vital så dämpar behandlaren sitt röstläge och hållande. Det blir mer av ömsesidighet och turtagning och Kalle verkar vara tryggare.

Vinjett 1 med Kalle,. Pannkaka – jordgubbssylt

Behandlaren förklarar för Kalle att han ska upprepa "pannkaka" med samma röstläge och intonation. Han ser avvaktande ut men också glad och koncentrerad. Kalle upprepar "pannkaka" med samma röstläge och intonation de första gångerna. När behandlaren viskar "pannkaka" blir det svårare för Kalle att hålla samma tonläge. Då Kalle ska säga "jordgubbssylt" när behandlaren säger "pannkaka" blir det lite svårare. Efter första gången blir det en kort fördröjning, sedan säger han "jordgubbssylt" med samma röstläge och intonation. De gånger behandlaren viskar har Kalle svårt att följa, när behandlaren är högljudd och kraftfull säger Kalle "rätt".

Vinjett 2 med Kalle. Pricka såpbubblor

Kalle frågar "vad ska vi göra nu?" Behandlaren upprepar frågan och svarar att han ska pricka såpbubblor med olika kroppsdelar, påminner honom om att de har gjort det tidigare, vilket Kalle minns.

Kalle väljer en bubbla som behandlaren fångar, hon väljer sedan att han ska pricka den med höger tumme. Nästa gång ska han pricka med örat, han skrattar till lite och gör det. Gången efter föreslår han själv tån, behandlaren upprepar "tån" med ett lite förhöjt tonfall, Kalle prickar den utvalda bubblan med tån och prickar sedan en till bubbla med fingret. De leker en kort stund till och när behandlaren säger att det är två gånger kvar och sedan "vad ska vi ta nu"? i lite frågande tonfall är Kalle snabb med att föreslå knäet och behandlaren bekräftar.

Behandlarens kommentar

Vilken skillnad det är mellan sessionerna! Kalle är mer i sig själv, det verkar som han tycker det är roligt att vara tillsammans, att leka och samspela. Jag tänker att det är det här som är det centrala, att det är kul att göra saker med någon annan, att få tag på lusten och lekfullheten.

Det jag ville under aktiviteten pannkaka-jordgubbssylt var att få honom att göra höga ljud, jag njöt av att få honom att våga skrika, att ta plats. Att det kanske var svårare för honom när jag viskade var inget jag tänkte på. I andra vinjetten finns mer av lust och egna initiativ. Som behandlare pendlar jag mellan aktiviteter som handlar om omsorg och utmaning och jag tänker att där vi möts är i det som finns emellan dessa.

Föräldraenkät efter behandling

Föräldrarna skattar Kalle som mindre uppvarvad, han har lättare att vara stilla och upplevs inte som lika "speedad" som tidigare. Han har också påtagligt lättare att komma ihåg saker och följa verbala instruktioner. Hans nyfikenhet på andra och nya saker har ökat, han drar sig inte undan längre när han är rädd och det är inte längre svårt att få ögonkontakt med honom. Hans svårigheter med att släppa kontrollen har ökat något, likaså är han oftare ledsen och värjer sig mot att ta emot tröst. Han slåss oftare när han är arg eller inte får som han vill.

Föräldrarna skriver att Kalle har förändrats positivt men att det kan vara svårt att veta vad som handlar om behandlingen och vad som handlar om att han växer. De tar också upp att de själva har fått god hjälp av behandlingsmetoden.

Markus

Föräldraenkät före behandling

I enkäten beskrivs Markus ha hög aktivitetsnivå och svårigheter att hålla kvar koncentration och uppmärksamhet. Han har svårt att trösta och lugna sig själv och det är ofta svårt att få ögonkontakt med Markus. Föräldrarna uppger att han har också svårt för förändringar och kan fastna i det han gör. Men i enkäten framkommer också att han ofta är glad, nyfiken på andra människor och nya situationer

Intervju med Markus behandlare

Vi valde att erbjuda Markus och föräldrarna en Theraplaybehandling utifrån att föräldrarna önskade få en bättre relation med Markus. Även om de inte använde ord som anknytning så fanns det där ändå eftersom det var i det tidiga samspelet som svårigheterna funnits, utifrån familjens situation då. Vi såg också att det fanns stora resurser och tänkte att man genom att arbeta med Theraplay snabbt skulle kunna hjälpa dem.

I arbetet med Markus är det främst relationen till föräldrarna som förändrats, jag som behandlare har mest fungerat som en brygga mellan Markus och föräldrarna och är kanske inte så viktig som person för Markus. Det är det jag tycker är så bra med Theraplay, att föräldern är med hela tiden, ser vad som händer och att man sedan kopplar ihop barn och föräldrar igen. Det som är fascinerande är att förändringen kom så fort. Redan efter andra sessionen beskrev föräldrarna att det var lugnare hemma och att han inte var så aggressiv.

Fokus för behandlingen med Markus var att hjälpa honom att kunna ta emot närhet och omsorg och att vara kvar kontakt och relation. Jag använde aktiviteter ur omsorgs och engagemangsdimensionerna. Att benämna och bekräfta honom, uppmärksamma honom genom check-up och att leka fingerlekar har varit viktiga delar. Det har handlat om att få honom att känna sig trygg. Eftersom oron när det gäller Markus handlade om att han var överaktiv och aggressiv så tänkte jag att det var viktigt att inte överstimulera honom med många olika aktiviteter utan att hjälpa honom att dämpa sig och hitta ett inre lugn.

I början kändes Markus spänd, han slappnade ganska snabbt av och det tror jag handlar om att han märkte att han inte behövde prestera något. Jag upplever Markus som en kravkänslig pojke som vill vara duktig. Han tar inte så många egna initiativ, det här tycker jag inte har förändras så mycket under de gånger vi träffats. Med de här lite oroliga barnen känns det som viktigt att hålla på strukturen, att både lyssna på barnets initiativ men också hålla sig till det man som behandlare har bestämt för att det lugnar barnet. Det här har inte varit något problem med Markus eftersom han är så lugn. Under näst sista sessionen var han påtagligt orolig och okoncentrerad, det handlade om förändringar som skett hemma och som påverkade honom starkt.

Processbeskrivning av videofilmerna

Under första sessionen ser Markus påtagligt allvarlig ut. Han pratar ganska mycket, frågar om kameran och om spegeln, berättar om sin förskola och undrar flera gånger över vad mamma ser medan han vinkar och pratar med henne genom spegeln. Markus tittar ner en del men också på behandlaren, men då oftast när behandlaren själv tittar bort. Då behandlaren överraskar honom och höjer intensiteten i det de gör, svarar han med att skratta till och be om mer.

Markus försöker ofta styra och bestämma hur lekarna ska gå till, behandlaren balanserar detta och låter honom bestämma vissa saker. T.ex. initierar behandlaren en tittut-lek som Markus svarar på men sedan utvecklar till en lek där han ligger gömd under filten och själv styr hur kontakten med behandlaren ser ut. Han låter inte behandlaren lyfta på filten och hitta honom utan det är han som sticker ut en hand som behandlaren ska uppmärksamma. De är dock hela tiden i kontakt: behandlaren kommenterar vad Markus gör eller inte gör och Markus svarar på olika sätt. Det här är en lek som präglar de första sessionerna helt, Markus initierar den varje gång och leken håller på en lång stund.

Redan vid andra sessionen ser Markus gladare ut och han ger också påtagligt mer ögonkontakt. Likaså minskar hans tendens att prata om annat än det han och behandlaren gör och han verkar mer engagerad i leken. Det är tydligt att Markus snabbt svarar på behandlarens inbjudan och blir lugnare av ett förhållningssätt där behandlaren tar ett ansvar för aktiviteterna och också svarar på Markus initiativ.

Under den fjärde sessionen är Markus orolig och okoncentrerad. Han reagerar på ljud utanför rummet och kurragömmaleken, där han liksom tidigare gånger gömmer sig under en filt, utvecklas till en lek där han säger sig vara ett spöke. Han vill inte komma fram, säger "ta mig inte", och verkar fastna i att han är spöket som inte vill ha kontakt. Behandlaren hjälper honom att komma fram genom, då Markus ramlar omkull, rullar behandlaren honom mot sig och hjälper honom att sitta ner i säcken. Det här kan ses som en vändpunkt, sessionen efter är Markus påtagligt annorlunda i rummet och i kontakten med behandlaren Han är lugnare och mer kontaktsökande samtidigt som han tar fler initiativ och tydligt ställer krav på uppmärksamhet.

Vinjett 5. Bulleribock

Behandlaren säger "nu ska vi leka bulleribock", Markus säger "mmm". Behandlaren säger åt honom att vända sig så han har ryggen mot honom och det gör Markus så att han ligger på mage på saccosäcken med huvudet mellan armarna. De första 4 gångerna gissar Markus rätt, sedan gissar han på 6 när svaret är 7. Han säger ingenting men drar ner huvudet lite mer mellan armarna. Behandlaren gör en gång till då Markus gissar rätt och behandlaren avslutar sedan leken med att börja titta i korgen. Markus tittar snabbt mot korgen som för att se vad behandlaren ska ta fram men tittar sedan ner i säcken igen, vänder sig om på rygg efter att behandlaren ber honom.

Vinjett 2 med Markus. Bulleribock

Behandlaren säger "nu ska vi göra bulleribock". Markus säger "ja", låter glad och vänder sig om så att han ligger på mage. Första gången sätter behandlaren 2 fingrar, Markus gissar "2 nej 3" när behandlaren säger "3 du sa 2 det var" vänder sig Markus mot honom, ler lite och säger "jag sa nästan det". Nästa gång sätter behandlaren 1 finger vilket Markus gissar rätt på. Gången efter sätter behandlaren 5 fingrar. Markus gissar på 4, när behandlaren säger att det var 5 vänder sig Markus igen, säger "jag visste att det var 5, gör 5 nu" vilket behandlaren gör.

Efter det initierar Markust att behandlaren ska sätta ner ett finger i taget när han ska gissa för att det ska bli lättare, han försöker också tjuvkika över axeln för att se hur många fingrar det är. Markus säger rätt en gång. Nästa gång, när det är 6 fingrar blir det fel och då säger han att han är trött och lägger sig på sidan. Behandlaren säger "det är svårt med så många, vi gör sista gången". Markus säger först att han är trött, gissar sedan på 1, behandlaren avvaktar och då säger Markus 2 vilket det är. Markus kommenterar igen att han är trött, han kryper upp i behandlarens knä, sitter där en liten stund och får sedan hjälp att sätta sig i saccosäcken..

Behandlarens kommentar

Skillnaden mellan sessionerna är stor, han kräver min uppmärksamhet på ett helt annat sätt. Det är relationen som är viktigast, han är mer upptagen av mig och att kolla av mig, det är ett helt annat samspel. Första gången är han mer uppgiftsorienterad.

Jag kan också undra över vad som händer med honom när det inte blir rätt. Han är ju så kravkänslig och jag kände att jag var tvungen att se till att han skulle lyckas sista gången. Men det känns ändå som han litar så pass på mig att han klarar misslyckandet och att han kan hitta ett sätt att återhämta sig, han blir liten och trött och kryper upp i famnen en liten stund.

Föräldraenkät efter behandling

Föräldrarna skriver i tilläggsfrågorna att Markus efter de första sessionerna blev påtagligt lugnare. Efter det uppehåll som var i behandlingen blev han mer uppvarvad igen, något som förstärktes av att han sedan fick reda på att behandlingen skulle avslutas.

De svårigheter han föräldrarna uppgav att han hade med ögonkontakt, att kunde fastna i det han gjorde och att han hade svårt med förändringar skattas i enkäten som lägre. Men de största förändringarna finns på de områden som handlar om känslor, något som föräldrarna också skriver i de öppna frågorna. Han är mer omtänksam och klarar bättre att läsa av andras känslor. Han har lättare att lugna sig själv, släppa kontrollen, tycker mer om kroppskontakt och värjer sig inte längre mot att bli tröstad.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med den här uppsatsen var att undersöka om man, genom att följa Theraplaybaserade behandlingar kunde se att barnets regleringsförmåga utvecklades, vad det i så fall var i behandlarens arbete som ledde till detta, och om föräldrarna såg förändringar utanför terapirummet. Diskussionen är uppdelad efter de frågeställningar som undersöks.

Kan man se en utveckling av barnens regleringsförmåga?

Undersökningen visar att barnen som deltog förändrades under undersökningsperioden. Som alltid, speciellt när det gäller små barn, är det svårt att särskilja vilka förändringar som beror på en behandling och vilka som beror på andra faktorer såsom mognad och/eller förändringar i barnets vardag.

I undersökningen framkommer att det är i behandlingen av Lisa som kopplingen mellan svårigheter, hur behandlaren arbetar och resultaten blir tydligast. Att Theraplay, med dess fokus på lekfullhet, engagemang och omsorg, passar bra för passiva, försiktiga och tillbakadragna barn är uppenbar. Skillnaden mellan de två vinjetterna är stor, i den andra ser Lisa tryggare ut, verkar mer nyfiken och ger mer ögonkontakt, det ständiga leendet och ja-sägandet som fanns under de första sessionerna och som verkade vara ett sätt för henne att hantera en svår situation har minskat.

Markus och Kalle beskrivs av föräldrarna som impulsiva, uppvarvade och med koncentrationssvårigheter. Det som syns på filmerna är två dock allvarliga och osäkra barn och en

undran växer fram hos mig blir om en behandling kan hjälpa trots att så lite av de svårigheterna som skattats syns i rummet? De svårigheter de uppgavs ha med att släppa kontrollen syns inte heller. Kanske skulle de här svårigheterna ha blivit tydligare om jag haft möjlighet att följa behandlingen under en längre tid.

En tydlig förändring hos alla tre barnen, både över tid och i de vinjetter som jag valt ut, är att de efterhand blir mer tydliga och aktiva i rummet. Relationen till behandlaren verkar också bli viktigare. Ett exempel från andra vinjetten är Kalle som är aktiv och tar fler egna initiativ samtidigt som han är mer i kontakt med behandlaren, ser gladare ut och verkar avslappnad. Då han ska pricka såpbubblor tar han själv initiativ att välja kroppsdel och det blir en stund av ömsesidigt lekande. Alla barnen söker mer kontakt och de verkar också känna att de har rätt att ta plats, kräva uppmärksamhet och att deras känslor är viktiga och ska tas på allvar. Ett exempel på detta är när Lisa inte får ballongen tillräckligt snabbt och då säger ”vill ha”.

Något som är spännande är hur man kan förstå den stora skillnad som Markus visar när han leker bulleribock och gissar hur många fingrar behandlaren sätter på hans rygg. I session tre gissar han rätt nästintill alla gånger medan han i session fem missar flertalet av gångerna. Har hans koncentrationsförmåga minskat eller har han släppt lite av sina krav på att det måste bli rätt? Samtidigt finns också en skillnad i hur han relaterar och samspelar med behandlaren i session fem. Han är gladare och söker mer kontakt, han protesterar när han gör fel och vill hitta sätt att klara det. Det är också påtagligt att det blir svårt för honom när han misslyckas och gissar fel men han kan söka behandlarens stöd och sedan fortsätta.

I alla tre behandlingar finns något av en vändpunkt då barnet blir mött i känslor som kan uppfattas som negativa, att vara ledsen eller orolig. Relationen till behandlaren blir annorlunda efter detta, barnen söker mer kontakt och är generellt mer relationsfokuserade. Gemensamt för barnen är att de tidigt i livet har varit utsatta för svår stress och sina föräldrars oro, något som enligt Schore kan leda till att man stänger av känslomässigt och får svårt att själva reglera sina känslor. Istället reagerar man genom att dra sig undan eller genom att tappa kontrollen och bli aggressiv då man utsätts för känslomässig stress. Det blir också svårt att ha tilltro till andra och lita på att man kan få hjälp att hantera känslor av ilska, besvikelse och sorg. Schore och Stern skriver att det är när man känner sig förstådd och accepterad i alla sina känslor som man utvecklar förmågan att reglera sina känslor. Då behandlarna delar barnens upplevelser och klarar att hålla dem känslomässigt, förändras barnen och deras relation till behandlarna. Siegel beskriver det här som vikten av att befinna sig i ett samspel med andra där man kan visa sitt inre, privata själv vilket leder till att man förstår sina känslor och får en känsla av vem man egentligen är: En känsla av att vara en integrerad person, värd att älska.

Vad är det i behandlaren arbete som påverkar barnets regleringsförmåga?

Det finns både likheter och skillnader i hur behandlarna arbetar. I de första sessionerna är de alla mycket aktiva, de benämner vad de gör och vad som händer. Detta kan ses både som ett sätt att hålla kvar barnet i aktiviteten och relationen, och som ett sätt att få barnet att känna sig tryggt och hållet. Det här kan beskrivas som att behandlaren går in och blir den ”självreglerande annan” som Stern kallar det – en person som hjälper barnet få nya självupplevelser. Behandlarna håller sig nära barnet och de är ofta i kontakt fysiskt. Ett exempel är Kalles behandlare som vid aktiviteter där hon inte sitter framför honom, t.ex. om de ligger på golvet, lägger en hand på hans ben eller på hans arm för att hjälpa honom att vara kvar i aktiviteten, hon hjälper honom på så sätt att lyckas.

Behandlarna använder också rösten för att reglera barnets känsloläge. Tonläget växlar beroende på vilken nivå av arousal som eftersträvas, t.ex. med Lisa där behandlaren förstärker det som händer. Genom att hon höjer tonen visar hon att det här är roligt och spännande. Behandlaren kan sägas ”låna ut” en del av sin vitalitet till Lisa. Alla behandlare beskriver att omsorgsaktiviteterna används för att bygga en tillitsfull relation. Under de första sessionerna är också aktiviteter som t.ex. check-up ofta längre för att minska med tiden. Struktur beskrivs också vara grundläggande för att barnen ska känns sig trygga, veta vad som förväntas av dem och vad de kan förvänta sig ska hända.

Allt eftersom relationen mellan behandlare och barn utvecklas blir skillnaderna mellan behandlarna större. Markus behandlare har ett påtagligt lägre tempo än de båda andra, han rör heller inte in lika många nya aktiviteter utan det är i stort sett samma lekar varje gång. I intervjun är han också tydlig med att han inte ser utmaningsdimensionen som så viktig för Markus utan att fokus för behandlingen är att hitta vägar att vara kvar i relationen och våga ta emot omsorg.

Även Lisas och Kalles behandlare går ner i tempo, mest påtagligt är detta kanske när det gäller röstläget som sjunker. De är dock fortfarande mer aktiva och rör också in fler nya aktiviteter än Markus behandlare. Lisas behandlare är den behandlare som är mest aktiv, hon utmanar Lisa och lägger sig ofta på en nivå strax över det Lisa verkar vilja. Lisa växer av detta, ett exempel är då Lisa fått hjälp att blåsa iväg fjädern och behandlaren bekräftat att hon kan, blir Lisa mer aktiv och initierar själv räkningen till tre nästa gång hon ska blåsa. Behandlaren kan sägas ”vara verksam i närmaste utvecklingszon”, det Stern kallar att möta barnet som något mer kompetent och större än det är. Utifrån Siegels modell kan man beskriva att behandlaren arbetar med att öka Lisas toleransförmåga, och genom att behandlaren finns där med sin hållande och stödjande funktion så får Lisa uppleva att stressnivån sjunker, d.v.s. att hon återhämtar sig.

Kalles behandlare beskriver att hon främst använt aktiviteter ur omsorgs- och utmaningsdimensionen. Hon kan på så sätt sägas hjälpa honom att klara att variera mellan olika nivåer av arousal. Schore och Stern kopplar detta till förmågan till affektreglering. Det handlar inte bara om ett lugnande av negativa känslor utan också om att förstärka positiva känslor och att kunna pendla däremellan

När det gäller att svara på barnets initiativ gör alla behandlarna det även efter de första sessionerna men inte lika ofta, vilket också handlar om att initiativen från barnen är många fler. Behandlarna verkar gå från att uppmärksamma allt barnet gör till att vara i en mer ömsesidig relation.

I de tre behandlingarna har det varit ett längre uppehåll på drygt en månad, av olika skäl. Kalle och Markus behandlare är tydligast påverkade av detta och säger sig ha svårt att minnas själva processen. De blir också förvånade över den stora skillnad som syns mellan filmvinjetterna

Skattar föräldrarna att deras barns förmåga till självreglering har förändrats och i så fall på vilket sätt?

Föräldrarna är positiva till Theraplaybehandlingen, de ser en skillnad hos barnen men har svårt att veta vad som beror på behandlingen och vad som handlar om annat. Hur förändringen ser ut handlar delvis om vilka svårigheter som fanns inledningsvis. Kalle, som skattades som impulsiv och aktiv, är något lugnare och mindre uppvarvad. Lisa som skattades som passiv, rädd och försiktig är mer utåtriktad, nyfiken och drar sig inte undan i samma utsträckning. Markus, som också skattades som en pojke med hög aktivitetsnivå och med svårigheter med uppmärksamhet och koncentration, har inte förändrats i sitt beteende så mycket. Inledningsvis blev han lugnare men då det blev uppehåll i behandlingen ökade aktivitetsnivån igen, något som enligt föräldrarna förstärktes då behandlingen snabbt efter det gick in i en avslutningsfas. Vikten av kontinuitet och att inte avsluta för tidigt blir här påtaglig. Markus föräldrar tycker att behandlingen har hjälpt när det gäller ”känslor”— hans empati med lillasyster har ökat och han kan ta emot tröst.

De förändringar som är gemensamma för alla tre barnen är att de är något mindre ”speedade”, har lättare att komma ihåg instruktioner och, framför allt, att det inte längre är svårt att få ögonkontakt med barnen.

I enkäten framkommer också att barnen visar en del svårigheter som inte fanns före behandlingen, t.ex. är de argare, de slåss mer när de är arga och de testar sina föräldrarna mer. Ett sätt att tolka det här är att barnen nu visar mer av de känslor som det tidigare försökt dölja. Ett annat att föräldrarna nu ser dessa känslor tydligare.

I två av enkäterna har föräldrarna på de mer öppna frågorna skrivit både om barnets förändring och om sin egen. Att Theraplay är en samspelsmetod och att det inte går, eller är meningsfullt, att skilja ut barn och föräldrar blir tydligt.

SLUTDISKUSSION

Jag ville i den här studien fokusera på förändringar hos barnet utifrån att den mesta forskningen inom barn-psykiatri, speciellt när det gäller yngre barn, är utifrån vuxnas bild av barnet. Men det var påtagligt svårt att hålla kvar detta. I mina tankar gled jag hela tiden in på den del av materialet som kom från de vuxna, intervjuerna med behandlarna och föräldraenkäterna. Det var som om det var mer

av en mätbar och formulerad ”sanning” än det som syntes på filmerna. Det här blev extra tydligt med Markus vars föräldraenkät efter behandling dröjde samtidigt som behandlaren i intervjun inte sade sig ha märkt någon större förändring. Frågan blev om den förändring jag såg på filmen var ”på riktigt” även om jag inte fått den bekräftad av de vuxna. Om och hur det lilla barnets upplevelser och förändring av behandling ska märkas och mätas är en fråga som tål att tänka på.

Den teoretiska bakgrunden till vad regleringsförmåga är och hur den utvecklas hos ett barn är den i den här uppsatsen utifrån ett dyadiskt perspektiv. Även det biologiskt/genetiska perspektivet nämns, däremot har jag inte i den här uppsatsen tagit med hur föräldrarnas relation påverkar barnets utveckling. Monica Hedenbro och Ingegerd Wirtberg (2000) skriver om John Gottmans forskning. Han har undersökt hur föräldrarnas interaktion påverkar barnet och sett att det finns ett samband med barnets förmåga att reglera sina känslor. Inte heller har jag tittat på vår tid och vårt sätt att leva. Nancy Eisenberg och Daisy Spinard ifrågasätter begreppet regleringsstörning utifrån att det inte finns någon ”koppling till sociala strukturer eller politiska och kulturella faktorer” (Eisenberg och Spinard 2004) och frågar sig vad som handlar om omvärldens behov av att barn anpassar sig. En tanke kring detta är att det kanske ställs andra krav på Kalle utifrån att han har börjat skolan. Det kan vara så att förståelsen för hans känslomässiga behov därför är mindre än hos de barn som fortfarande går på förskola.

En svaghet i upplägget av studien är att jag valt ut en aspekt av en behandling för att se om denna leder förändring. Det går ju egentligen inte att skilja ut det här från det jag *inte* tittat på; föräldrarnas delaktighet i behandlingen, yttre förändringar, om föräldrarna förändrat sitt bemötande av barnet i vardagen etc. Men samtidigt tittar jag på det som skiljer Theraplay från andra former av samspelsbehandling, d.v.s. att man som behandlare själv samspelar direkt med barnet. Utifrån omfattningen av denna uppsats var detta också det som var görligt. Eftersom jag ensam har tittat på och tolkat filmerna innebär det att det jag sett och hur jag förstått det är min subjektiva upplevelse

En fråga som tidigt väcktes hos mig när jag kom i kontakt med Theraplay var hur det blir för föräldrarna när man som behandlare själv går in och samspelar med barnet. Samspelsbehandling handlar om att stärka föräldrarnas känslighet för barnets signaler och vad händer då om man som ”expert” själv samspelar med barnet och på så sätt går emellan barn och föräldrar? Gunnel Berggren hittar ingenting som tyder på att föräldrarna ser detta som en svårighet i de intervjuer hon gjorde för sin uppsats, men som hon skriver ”möjligen för att jag inte ställde rätt frågor” (Berggren 2007) och, liksom i allt behandlingsarbete, är det viktigt att välja behandlingsintervention. Theraplay kan sägas passa familjer med så stora samspelsvårigheter att det negativa överväger. Britta Sundberg uttrycker det såhär: ”Utifrån att de destruktiva samspelsmönstren blivit dominerande kan man förstå betydelsen av att barnterapeuten arbetar ensam med barnet medan föräldern till att börja med följer processen. Att förändra dessa låsta samspelsmönster är en terapeutisk uppgift som kan vara ett starkt överkrav för föräldern”(Sundberg 2002). En annan tanke är att det handlar om att barnet har egna svårigheter, där

man bedömer att barnet behöver ”mjukas upp” för att, när föräldern kommer in i behandlingsrummet, barnet och föräldern ska lyckas i sitt samspel.

Då jag inledde arbetet med den här uppsatsen tänkte jag att jag genom att följa behandlingarna skulle kunna se att barnets förmåga till reglering ökade på ett väl synligt och mätbart sätt. Impulsstyrda, aktiva barn skulle i rummet bli lugnare och klara av att vänta, passiva barn skulle bli mer lekfulla. Det här skulle också gå att koppla till aktiviteter som fokuserade på att ge barnet nya erfarenheter av nivåer av arousal. Men allt eftersom jag har samlat in materialet har det blivit mer och mer tydligt att barns utveckling av regleringsförmåga handlar om mer subtila och mindre mätbara saker, att det handlar om relationer och självkänsla. Förändringar finns men kanske inte alltid på det sätt jag trodde.

Men trots det mer svårfångade så känns metoden kraftfull. Theraplay verkar vara en snabb väg till att skapa en tillitsfull relation mellan barn och behandlare. Det handlar säkert både om det bemötande och relaterande som metoden innebär men också om att föräldrarna är delaktiga och på så sätt ger sin ”sanktion” även till den del av behandlingen då barnet och behandlaren är ensamma. Föräldrarnas delaktighet och att förändringsarbetet sker i familjen verkar ses som viktigt både för behandlarna och för föräldrarna. De behandlare jag följt och intervjuat har alla lång vana vid traditionellt samspelsarbete och ser sig själva som en länk. De ser relationen till föräldrarna som viktigast och tycker att deras arbete är att underlätta för barnen och föräldrarna att få en bättre relation. Föräldrarnas delaktighet är också påtaglig, de ser hela tiden vad som händer, något som barnen är väl medvetna om. Föräldrarna får också delvis en ny bild av sitt barn, ett exempel på detta är att alla föräldrar inledningsvis har kommenterat att de ser hur litet deras barn är.

Den förändring som kanske är störst hos barnen är att förmågan till ögonkontakt har ökat så påtagligt. Detta syns i filmerna, behandlarna beskriver det och föräldrarna skattar det. Vad det här innebär och vad bristande förmåga till ögonkontakt handlar om är en stor fråga och ett område som skulle behöva utforskas vidare. Inom barnpsykiatrien ses bristande ögonkontakt oftast som ett tecken på ev. autismspektrastörning.

Men att ha ögonkontakt med andra, att våga vila i någons blick, kan också handla om tillit, relation och självkänsla – att våga visa sig som den man är och att känna att man duger. Utifrån de tre barn jag följt, med de historier som var och en av dem bär på och med de personligheter jag tycker mig sett i behandlingsrummet känns det som Theraplaybehandlingarna bidragit med att hjälpa barnen utveckla förmågan till framför allt den känslomässiga regleringen. Frågan blir kanske inte om det handlar om att leka eller läka. Utan att lelandet, som ofta sett lätt och lustfyllt ut också haft en läkande kraft för barnen och deras familjer som finns kvar även utanför terapirummet. Och som Daniel Siegel skriver: ”hur vi upplever världen, relaterar till andra och finner en mening med livet är beroende av hur vi reglerar våra känslor” (1999).

Litteratur

Batum Peter, Yagmurlu Bilge (2007) What Counts in Externalizing Behaviours? The Contributions of Emotion and Behavior Regulation. *Current Psychology*. Vol 25, No 4, pp. 272-294.

Berggren Gunnel, (2006) "Kan det vara så enkelt" Svenska Institutet för Kognitiv Psykoterapi. Examensuppsats

Booth Phyllis (2005) Current Theraplay Best Practise: Focusing on Attunement and Regulation in Play, *The Theraplay Institute Newsletter*

DeGangi Georgia A, Breinbauer Cecilia, Doussard Roosevelt Jane, Porges Stephen, Greenspan Stanley (2000) Prediction of Childhood Problems at Three Years in Children Experiencing Disorder of Regulation During Infancy, *Infant Mental Health Journal*, Vol. 21 (3), 156-175

Eisenberg Nancy & Spinard Tracy (2004) Emotion-Related Regulation: Sharpening the Definition, *Child Development*, Vol. 75, No 2, pp. 334-339

Fonagy Peter (2007) *Anknytningsteori och psykoanalys*, Liber

Gerhardt Sue, (2007) *Kärlekens Roll*. Karneval förlag

Greenspan Stanley & Thornsike Greenspan Nancy (1985) *First Feelings: Milestones in the Emotional Development of Your Infant and Child from Birth to Age 4*. Viking Press.

Havnesköld Leif & Risholm Mothander Pia (2002) *Utvecklingspsykologi, psykodynamisk teori i nya perspektiv*. Liber AB

Hedenbro Monica & Wirtberg Ingegerd (2000) *Samspelets kraft*, Liber

Jernberg Ann & Booths Phyllis (2001) *Theraplay Helping Parents and Children Build Better Relationships Through Attachment-Based Play*, San Fransisco, John Wiley & sons

Mäkäle Jukka (2003) What makes Theraplay Effective: Insights from Developmental Sciences. *The Theraplay Institute Newsletter*

Nationalencyklopedins web-sida www.ne.se

Siegel Daniel, (1999) *The Developing Mind*, Guilford press

Schore Allan N (2003a) *Affect Regulation and the Disorder of the Self*, New York WW Norton

Schore Allan N (2003b) *Affect Regulation and the Repair of the Self*, New York WW Norton

Sroufe Alan (2000) Early Relationships and the Development of Children. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 21 (1-2), 67-74

Stern, Daniel (2003) *Spädbarnets interpersonella värld*. Natur och Kultur, Stockholm.

Stern Daniel N (2005) *Ögonblickets psykologi, Om tid och förändring i psykologi och vardagsliv*. Natur och Kultur.

Sundberg Britta (2002) *MIM och Theraplay*, Umeå Universitet, Examensuppsats

The Theraplay Institute web-sida www.theraplay.org

Tronick Edward Z (1998) (samt andra medlemmar av Process of Change Study Group, Boston)
Dyadically Expanded States of Consciousness and the Process of Therapeutic Change. *Infant Mental Health Journal*, Vol. 19 (3), 290-299

ZERO TO THREE (2005). *Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R)*. Washington DC: ZERO TO THREE Press.

Bilaga 1.

Hej!

Mitt namn är Suzanne Baruch-Jackson och jag arbetar som kurator på BUP Ektorp utanför Stockholm. För närvarande går jag en utbildning i barn- och föräldraterapi på Umeå universitet. I utbildningen ingår att skriva en uppsats.

Jag har valt att skriva om samspelmetoden Theraplay och jag har fått ditt namn av xxxx xxxxx då ni nu kommer att börja en behandling. Fokus för uppsatsen kommer att vara att försöka förstå vad det är som händer med barn, när det gäller att reglera beteende och känslor, som deltar i en Theraplaybehandling.

Om du vill vara med behöver jag hjälp av dig med två saker: ett - att fylla i en enkät före och efter behandlingen; två - att få din tillåtelse att titta på filmerna av behandlingssessionerna. Jag kommer endast att titta på de delar av behandlingen där terapeuten arbetar enskilt med barnet, detta för att kunna se om man kan se vilken effekt det som behandlaren gör har.

Vid redovisning av resultaten kommer inga uppgifter som kan identifiera enskilda individer att finnas med. Uppsatsen kommer att ingå i en samling uppsatser kring temat terapeutiskt förändringsarbete som vi på min utbildning planerar att sammanställa.

Jag skulle uppskatta om du har tid och möjlighet att medverka och skickar med enkäten, ett formulär för godkännande av att jag får använda filmerna samt svarskuvert. Jag behöver formuläret för godkännandet snarast för att kunna komma igång. Du har möjlighet att avbryta deltagandet under tiden om du önskar.

Stockholm 071026

Suzanne Baruch-Jackson
Kurator
Ektorp BUP
Ektorpsvägen 6
131 47 Nacka
Tel. 08-514 528 00 exp. 514 427 87 direkt
e-mail: suzanne.baruch-jackson@sll.se

Bilaga 2.

Kontrakt för användande av videofilmer

Härmed ger jag mitt tillstånd till att videoinspelning av mitt barns Theraplaybehandling får användas av Suzanne Baruch-Jackson i hennes arbete med sin uppsats.

Suzanne kommer att titta på filmerna, enskilt samt tillsammans med sin handledare eller berörd behandlare. Efter användandet kommer filmerna att återlämnas till ansvarig behandlare på BUP-mottagningen.

Stockholm 071127

Vårdnadshavare

Vårdnadshavare

Bilaga 3.

För att få en bild av ditt barns förmågor och svårigheter skulle jag vilja att du fyllde i den här enkäten. Sätt en ring runt den siffra som bäst beskriver ditt barns beteende eller hur det är att vara tillsammans med ditt barn.

0 = aldrig 1 = sällan 2 = ibland 3 = ofta

• Måste alltid göra något, vara sysselsatt	0	1	2	3
• Glömmer ofta vad ska göra härnäst	0	1	2	3
• Är nyfiken på nya människor och situationer	0	1	2	3
• Är ledsen eller nedstämd	0	1	2	3
• Är omtänksam, tar hänsyn till andras känslor	0	1	2	3
• Får utbrott utan att man kan förstå varför	0	1	2	3
• Är passiv	0	1	2	3
• Går upp i varv, upplevs som ”speedad”	0	1	2	3
• Är lätt distraherad, lättstörd	0	1	2	3
• Har svårt att koppla av	0	1	2	3
• Har svårt att klara av stimmiga, livliga miljöer	0	1	2	3
• Värjer sig mot att bli tröstad när ledsen	0	1	2	3
• Klarar inte att komma ihåg mer än en instruktion i taget	0	1	2	3
• Klarar att vänta	0	1	2	3
• Svårt att få ögonkontakt med annat än korta stunder	0	1	2	3
• Verkar inte lyssna på det man säger	0	1	2	3
• Har svårt att trösta sig själv	0	1	2	3
• Känslig för t.ex. höga ljud, beröring eller ljus	0	1	2	3
• Fastnar i det han/hon gör	0	1	2	3
• Drar sig undan kontakt när rädd eller osäker	0	1	2	3
• Har svårt att släppa kontrollen	0	1	2	3
• Slåss när arg eller inte får som han/hon vill	0	1	2	3
• Är hjälpsam	0	1	2	3
• Blir lätt uppspelt, exalterad	0	1	2	3
• Svårt att förstå vad han/hon vill	0	1	2	3
• Klarar att lugna sig själv	0	1	2	3
• Har svårt att läsa av andras känslolägen	0	1	2	3
• Har svårt att vara stilla	0	1	2	3
• Verkar inte behöva oss, klarar sig själv	0	1	2	3
• Klarar inte verbala instruktioner, måste visas också	0	1	2	3
• Pratar oavbrutet	0	1	2	3
• Är påtagligt rädd för folk som han/hon inte känner	0	1	2	3
• Är/var försenad i sin språkutveckling	0	1	2	3
• Testar oss, verkar försöka driva oss till vansinne	0	1	2	3
• Rädd i nya situationer	0	1	2	3
• Är lättstressad	0	1	2	3
• Har svårt att klara förändringar	0	1	2	3
• Tycker om kroppskontakt och fysisk beröring	0	1	2	3
• Är ofta spänd i kroppen	0	1	2	3
• Är glad	0	1	2	3
• Svårt att förstå vad han/hon känner	0	1	2	3

- Leker/lekte rollekar

0 1 2 3